

<b>A</b>	<b>Name:</b>	<b>Ort:</b>	<b>Geburtsort:</b>
	<b>Vorname:</b>	<b>Straße:</b>	
	<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Gesetzliche Krankenkasse:</b>	
	<b>Telefon:</b>	<b>Zusatzversicherung:</b>	
	<b>e-Mail Adresse:</b>	<b>Privatversicherung/Beihilfe:</b>	

(Name der Versicherung)

**B** Besteht, bzw., bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? (bitte Antwort ankreuzen, bzw. genaue Angabe)

1	Allergie (welche, auch gegen Medikamente)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2	Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2a: Corona-Anamnese: Haben Sie Fieber?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Erkältungssymptome, Husten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Impf-Bescheinigung <input type="checkbox"/> Genesenen-Bescheinigung <input type="checkbox"/>			Datum: _____
3	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4	Diabetes (welcher Typ, insulinpflichtig ?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Aktueller HbAc-Wert _____
5	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6	Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7	Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9	Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.1 Herzinfarkt/Herzinsuffizienz/-schwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzinfarkt: wann? _____
	9.2 Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.3 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.4 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.5 Herzklappenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.6 Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.7 Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	9.8 Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10	Infektionskrankheiten (welche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	10.1 Hepatitis, Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	10.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
12	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
13	Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
14	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
15	Sonstige Erkrankung/n _____			
16	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**C** **Weitere Fragen**

17	Frühere Operationen ? (welche, wann ?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
18	Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
19	Nehmen Sie Medikamente ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	wenn ja, welche / Dosierung/Medikationsplan ?			
19a	Haben Sie Hormon-Präparate zur Beh. von Osteoporose oder nach Tumorleiden eingenommen (Bisphosphonate)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
20	Befinden Sie sich zur Zeit in <b>ärztlicher</b> Behandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
21	Leiden Sie unter Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
22	Leiden Sie oder Ihr Partner unter nächtl. Schnarchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
23	Leiden Sie unter Halithose (Mundgeruch)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
24	Hätten Sie gerne eine Beratung über kosmetische Behandlungen (z.B. Belagsentfernung, Aufhellen von Zähnen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
25	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	_____ Stk./Tag	<input type="checkbox"/> nein

**D**

Name Ihres Haus-Arztes, bei Kindern: Kinderarzt	Anschrift/Tel.Nr. des Arztes

**E**

Röntgenschutz: Die Ausstellung eines Röntgenpasses ist seit 01.01.2019 nicht mehr zwingend vorgeschrieben.

- a) Ich besitze einen Röntgenpaß, wünsche regelmäßige Eintragungen über die in der zahnärztlichen Behandlung angefertigten Röntgenaufnahmen und bin mit der Übernahme der Kosten von € 5,36 (GOÄ 70) je Eintragung einverstanden  ja  nein
- b) Ich besitze noch keinen Röntgenpaß und wünsche eine Ausstellung (Kosten: € 2,00, zuzügl. Eintragungen nach a))  ja  nein

**F** (nur für Versicherte Gesetzlicher Krankenversicherungen)

Seit dem 01.01.2004 ist durch zahlreiche Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Verwaltungsaufwand bedingt durch vermehrte Zuzahlungen durch die Patienten/innen weiter angestiegen. Um in der Praxis auch für Sie ein wenig Erleichterung zu erreichen, möchten wir darauf hinweisen, dass wir Ihnen auch die Möglichkeit anbieten können, alle Zuzahlungen auch über ein **EC-Karten-System** (PIN-gestütztes System) abzuwickeln. Ebenso bieten auch das SEPA-Lastschriftverfahren an (Einzugsermächtigung von Ihrem Konto).

Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung beachten Sie bitte folgende Aspekte:

1. Sie können sie entweder für eine Rechnung einzeln oder aber für alle anfallenden Leistungen zusammen erteilen.
2. Sie können die SEPA-Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen. Eine Rückbuchung Ihrerseits gilt dabei als Widerruf.
3. Gerne können Sie mit uns ein Zahlungsziel vereinbaren, zu dem wir die Abbuchung vornehmen sollen. Sprechen Sie uns diesbezüglich an.
4. Teilen Sie uns zwischenzeitliche Änderungen Ihrer unten angegebenen Kto.-Verbindung umgehend mit, da die Kosten durch eventuelle Rücklastschriften zu Ihren Lasten gehen. Dasselbe gilt auch im Falle eines nicht gedeckten Kontos.

Bitte füllen Sie aus: **SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE50ZZZ0000040488

Mandatsreferenz: jeweilige Rechnungsnummer

Ich ermächtige hiermit Dres. Sabine & Johannes Wagner

die fälligen Rechnungs-/Abschlagsbeträge/Quartalsgebühr für meine **zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung** mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Dres. Sabine & Johannes Wagner auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontonummer/IBAN: DE \_\_\_\_\_

Bankleitzahl/BIC \_\_\_\_\_ Name/Ort des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

**G**

**Risikoauflärung:** Falls ich zur Behandlung eine örtliche Betäubung wünsche, ist mir bekannt, dass es trotz korrekter und sorgfältiger Durchführung durch den Arzt in seltenen Fällen zu Funktionsstörungen der zu betäubenden Nerven oder benachbarter Nerven und Arterien kommen kann. Dies seltene Risiko betrifft insbesondere den Zungennerv (Nervus lingualis) bei der Leitungsanästhesie im Unterkiefer. Hierüber und über die alternative Betäubungsmethode ILA werde ich in der ersten Beh.-Sitzung aufgeklärt.

**H**

Für eventuell notwendige Rücksprachen / Nachfragen mit weiteren, Sie behandelnden Ärzten/-innen/Zahnärzten/innen wird der Entbindung der Schweigepflicht ausdrücklich zugestimmt.

**I**

Mir ist bekannt, dass bei Nichteinhaltung der vereinbarten Behandlungstermine - ohne Absage mindestens 24 Stunden vorher- anfallende Praxiskosten von mir eingefordert werden können.

**J**

Für die Erfüllung der jährlich geforderten Untersuchung des Bonussystems der Gesetzlichen Krankenversicherung bin ich selbst verantwortlich.

**Datum**

**Unterschrift**